37e Année. — N° 44. Vendredi 31 Octobre 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — Clinique chirurgicale : Un fait d'appendicite perforante suraigue, par le Dr Lejars. — **Clinique médicale** : Cas de septicémie aiguë chez un égoutier, par M. Maurice Vimont. — **Bibliographie** : Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par le Dr Descrozilles. — Traité théorique et clinique de la fièvre jaune, par le Dr Bérenger-Féraud. — Le lait et le régime lacté, par le Dr G. Malapert du Peux. — **Revue de la presse** : Prothèse cornéenne. — Traitement de la conjonctivite granuleuse. — **Académie de médecine** : Séance du 28 octobre 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Correspondance. — Rapport du prix. — Sur la dépopulation de la France. — **Société de chirurgie** : Séance du 29 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise. — Rectopexie postérieure. — De l'appendicite. — Rupture interstitielle de l'urètre. — Résection ostéoplastique du pied. — Lipome arborescent du genou. — Salpingite suppurée. — **Société médicale des hôpitaux** : Séance du 24 octobre 1890. — Présidence de Dumontpallier. — Des variations de mortalité de la fièvre typhoïde. — Anurie calculeuse, mort le dixième jour. — Traitement des pleurésies purulentes. — Paralysie faciale hystérique. — Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcères de l'estomac. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**. — **Bulletin bibliographique**.

Paris, le 31 octobre 1890.

Nous tenons à signaler autrement que dans un sec compte rendu analytique le très beau discours que M. le professeur Le Fort a prononcé, mardi, à la tribune de l'Académie de médecine. La trop grande lenteur de l'accroissement de la population française n'offre pas un simple intérêt de statistique, il y va de l'avenir de notre race. La France sera-t-elle réduite dans cinquante ans à l'état d'une puissance de troisième ordre? Ne pourrons-nous plus bientôt mettre en ligne une armée d'un effectif suffisant pour répondre à toutes les éventualités? La chose est exagérée sans doute, mais l'état est assurément grave et le grand mérite de M. Le Fort, dans ce discours où il a manié si éloquemment des chiffres déjà si éloquents par eux-mêmes, a été de nous montrer très nettement le mal et les moyens d'y remédier.

Si ce discours avait été prononcé à la tribune de la Chambre des députés, il aurait eu certes une influence plus considérable et un auditoire plus apte à mettre en pratique la médication indiquée; mais M. Le Fort n'est peut-être pas disposé à reprendre la carrière politique de son beau-père Malgaigne; d'autre part le suffrage universel n'aime pas les timides et les modestes, quelque éminents qu'ils puissent être, et il y a lieu de croire que les électeurs n'iront jamais tirer M. Le Fort de son cabinet de travail pour lui confier la défense de leurs intérêts. Heureusement ce discours ne passera pas inaperçu de la presse quotidienne qui déjà s'est beaucoup occupée de cette question et qui a plus que nous qualité pour la discuter.

En effet, quoique rien ne doive rester étranger à des médecins, surtout quand il s'agit de la grandeur et de la puissance de notre pays, il est bien certain qu'il ne s'agit pas là d'une question médicale. Nous faisons peu d'enfants, c'est possible, mais c'est parce que nous le voulons bien ; personne ne nous accuse d'être des dégénérés ; la preuve c'est que nous vivons plus vieux, et que l'accroissement de notre population est surtout dû à l'abaissement du chiffre de notre mortalité. Les Français qui vivent à l'étranger, n'ayant pas les mêmes raisons que nous de s'abstenir, ont un nombre d'enfants très raisonnable, exemple la nombreuse progéniture que s'octroient généralement les Canadiens français, qui sont toujours bien Français.

Les causes qui restreignent le chiffre de notre natalité résident donc dans nos habitudes, dans nos mœurs et surtout dans nos lois. C'est le code civil qui est le grand coupable : les Français qui ne sont pas soumis au Code civil ont beaucoup d'enfants, et au contraire dans les provinces rhénanes qui, par une exception singulière, sont depuis le commencement du siècle régies par le Code civil français, la natalité est moins élevée que dans le reste de la Prusse. Le Code civil provoque à la restriction des naissances, l'intérêt des familles étant de ne pas avoir beaucoup d'enfants ; d'autre part il abaisse la valeur morale et l'énergie de ceux qui naissent, car dès le jeune âge les enfants escomptent la fortune paternelle et ceux qui sont assurés de pouvoir vivre plus tard sans rien faire deviennent des citoyens oisifs et inutiles. C'est donc la revision du Code civil qui s'impose en premier lieu.

Quels que soient les orateurs et les moyens qu'ils proposent, on voit qu'il ne s'agit pas là d'une question médicale, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne soit digne de tout notre intérêt.

A. Ch.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Un fait d'appendicite perforante suraigue (1).

Par le Dr Lejars.
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

Le procès de l'appendicite s'instruit activement, et le dossier grossit de jour en jour. Sans rééditer une bi-

(1) Communication à la Société Clinique de Paris.

bliographie déjà longue, qu'il nous suffise de rappeler la thèse de Maurin, les mémoires de Roux (de Lausanne), de Reclus, de Talamon, de Kümmel (de Hambourg), de Tuffier et Hallion, enfin la discussion pendante devant la Société de chirurgie et qui a été soulevée par les communications de MM. Reclus et Berger. Aussi le moment est-il venu, semble-t-il, de rassembler tous les documents.

Voici une observation qui représente très nettement le type de l'appendicite perforante suraiguë, mais pourtant avec quelques particularités cliniques.

Elle date de 1884, c'est-à-dire d'une époque où la pathologie du processus vermiforme était encore bien peu connue. — Le 30 mai, on apporte à l'hôpital Cochin, dans le service de mon cher maître, M. Th. Anger, un homme de 23 ans, terrassier, très vigoureux, et malade depuis trois jours seulement. Il avait été pris tout à coup, en pleine santé, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements, et d'un affaissement général pseudo-lipothymique; le même jour, la miction se supprimait entièrement, et les envies incessantes qui tourmentaient le malade contribuèrent sans doute à égarer le praticien qui fut appelé le premier auprès de lui. Le cathétérisme fut pratiqué et répété maintes fois, mais sans autre résultat que de blesser le canal de l'urèthre, comme nous allons le voir dans un instant.

Pendant ce temps, l'état général s'aggravait et les accidents péritonéaux s'accusaient de plus en plus. A son entrée à l'hôpital, le patient est très affaibli : son facies pâle, grippé, sa respiration pénible, sa parole entrecoupée, la température tombée à 36°, la petitesse et l'irrégularité du pouls, les vomissements et les régurgitations qui se répètent à courts intervalles, tout indique la péritonite généralisée.

Le ventre est ballonné, surtout dans sa portion sous-ombilicale, et, à l'hypogastre, se dessine un relief vaguement arrondi, qui se prolonge jusque dans les fosses iliaques. — A ce niveau, la percussion révèle une matité mal circonscrite, qui ne paraît être ni plus étendue ni plus complète d'un côté que de l'autre ; et l'exploration, que permet encore un météorisme relativement modéré, ne laisse découvrir dans les fosses iliaques ni tumeur ni collection. On en est réduit à réserver la question pathogénique.

Le ténesme vésical était toujours très intense, et, sur les instances du malade, on pratique le cathétérisme, mais la sonde est arrêtée à l'entrée de la portion membraneuse de l'urèthre, et c'est à peine si l'on parvient à faire passer une bougie de très fin calibre. La ponction sus-pubienne est alors pratiquée avec l'aspirateur Potain : on ne retire que quelques grammes d'une urine d'ailleurs normale et non albumineuse.

Il était trop tard pour tenter une intervention active, qui cadrait peu, du reste, avec la pratique chirurgicale d'alors. Il fallut se contenter des moyens palliatifs ordinaires, l'opium à l'intérieur, les applications de glace, etc.

La situation empirait d'heure en heure ; l'abdomen était devenu extrêmement douloureux dans toute son étendue, et les matières vomies avaient pris le caractère nettement porracé ; le ténesme vésical persista jusqu'à la fin. Dans la nuit, le malade mourait.

A l'autopsie, on trouva une péritonite purulente généralisée : les anses de l'intestin grêle, très distendues, rouges, soudées par des exsudats récents et glutineux, étaient couvertes par place d'un enduit jaunâtre, purulent, sous forme de plaques ou de traînées; quand on eut soulevé toute cette masse, il s'écoula une quantité considérable de pus qui remplissait en partie le petit bassin.

Où était la lésion originelle? En aucun point du gros intestin, de l'intestin grêle ni de l'estomac, on ne découvrit de perforation ; le cæcum était enveloppé d'une couche de néo-membranes épaisses, molles et vasculaires, mais ne formant pas tumeur, à proprement parler : il n'existait de poche purulente ni autour, ni en arrière de lui ; sa paroi, épaissie et rouge, était pourtant intacte sur toute sa surface. L'appendice iléo-cæcal descendait obliquement en dedans vers le petit bassin, masqué aussi partiellement par une gangue néo-membraneuse. Il était perforé à son extrémité ; la perte de substance, à peine assez large pour laisser passer un pois, occupait le cul-de-sac terminal du processus ; elle était arrondie, un peu déchiquetée sur son limbe et s'ouvrait en pleine cavité péritonéale. L'appendice était de volume normal ; à peine sa paroi était-elle un peu épaissie, et la muqueuse, à sa face interne, fortement injectée, ne présentait nulle trace d'ulcération. Sa cavité était libre, et l'on n'y rencontrait ni sténose, ni coudure, ni corps étranger. Sur tout le reste de l'intestin, la muqueuse était simplement injectée.

A part une congestion pulmonaire assez intense, les autres organes étaient sains. La vessie contenait une ou deux cuillerées d'urine ; urèthre et prostate étaient normaux, mais, à l'origine de la portion membraneuse, la paroi inférieure de l'urèthre était infiltrée de sang, et la muqueuse creusée d'une série de fausses routes récentes, qui lui donnaient un aspect comme lacunaire, et formaient autant de culs-de-sac où venait sans doute heurter le bec de la sonde.

En résumé, le diagnostic anatomique devait être formulé : péritonite purulente généralisée, consécutive à une perforation de l'appendice iléo-cæcal. Il restait à déterminer la pathogénie de cette perforation. Nous n'avions pu retrouver, au milieu du pus, ni corps étranger ni concrétion fécale, et pourtant il est bien probable que c'est au mécanisme ordinaire de l'appendicite perforante que l'on eut affaire ici. Le siège même de la perforation, au fond du *recessus* appendiculaire, sa forme, la brusquerie de son évolution, les lésions relativement peu avancées, et, semblait-il, toutes secondaires, du reste de l'appendice, tous ces caractères indiquaient bien un de ces cas de sphacèle sur place, au contact d'un corps étranger, stercoral ou autre, où

la lésion appendiculaire se crée et se complète sans réaction, et ne se révèle qu'au moment même où la péritonite éclate. C'est la forme la plus grave de l'appendicite, c'est celle aussi où un diagnostic précoce serait de la plus haute importance. Or, dans l'observation que nous avons rapportée, les signes du début, l'anurie, le ténesme vésical, étaient de nature à dérouter, au moins temporairement, le diagnostic; plus tard, l'exploration la plus soigneuse restait impuissante à localiser le point de départ de la péritonite. Mais dès lors que les accidents péritonéaux ne laissent plus de doute, un diagnostic aussi précis est-il indispensable? Une péritonite qui éclate brusquement, surtout chez un homme jeune et en pleine santé, ne saurait être qu'une péritonite par perforation, et, à part quelques faits exceptionnels d'ulcère perforant de l'estomac, alors presque toujours c'est l'appendice qui est en cause. Aussi l'hésitation ne saurait-elle être longue et le souci d'une localisation exacte et basée sur des signes physiques précis ne devrait-il pas retarder l'intervention chirurgicale, la laparotomie, en faisant ainsi de son pronostic, déjà sombre, un pronostic désespéré.

CLINIQUE MÉDICALE

Cas de septicémie aiguë chez un égoutier,

par M. Maurice VIMONT,
interne des hôpitaux (1).

Je demande la permission de lire à la Société clinique l'histoire d'un malade, décédé récemment dans le service de notre maître, M. Landrieux.

Jean R., âgé de 54 ans, égoutier, entre le 22 avril 1890 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat.

Cet homme n'offre rien de particulier comme antécédents dans sa famille. Son père est mort d'accident. Il a un frère de 76 ans et une sœur de 80 ans, tous deux bien portants.

Si nous interrogeons ses antécédents personnels nous voyons que notre malade a eu la fièvre typhoïde à 19 ans. Etant soldat il a eu de l'ictère en Italie à la suite de longues fatigues. En Algérie, il fut atteint de fièvres intermittentes; mêmes accidents au Mexique. Depuis cette époque il n'a jamais eu d'accidents d'impaludisme.

Depuis 7 ans il exerce la profession d'égoutier. Bien qu'exposé au froid et à l'humidité, il n'a jamais été malade, sauf de légères atteintes de bronchite de temps en temps.

A 23 ans, il eut des chancres à la verge, en même temps une laryngite, des maux de gorge, de la chute des cheveux sans éruption cutanées. Il paraîtrait donc avoir eu la syphilis, sans qu'on ne puisse rien affirmer.

(1) Communication faite à la Société clinique.

Voici ce que nous savons sur le début de l'affection qui a amené le malade à l'hôpital.

Le 10 avril, il eut, dit-il, une entorse du pied. Tel fut également l'avis du médecin qui le soignait. Cependant aucun traumatisme n'expliquait la production de cette entorse; ce ne fut qu'en retirant ses chaussures que le malade s'aperçut que l'articulation était douloureuse et œdématiée. Il est probable qu'il s'agissait plutôt d'une arthrite.

Le même jour R... dut faire une grande course, se fatigua beaucoup; le soir l'articulation tibio-tarsienne droite devint à son tour douloureuse et s'œdématia. Le genou droit, puis le gauche furent ensuite atteints. Les pieds désenflaient; puis les genoux désenflèrent en même temps que les pieds étaient repris d'œdème. L'œdème envahit ensuite l'articulation du poignet et du coude du côté droit, puis les mêmes articulations du côté opposé. Enfin les articulations scapulo-huméméral devinrent douloureuses.

24 avril. — *Etat actuel.* — Le malade est très affaibli, il ne dort plus, souffre beaucoup et s'alimente très peu.

La langue est sèche. Pas de vomissements. Constipation, œdème et douleurs au niveau du cou-de-pied droit et gauche; les mouvements imprimés aux articulations sont peu douloureux; au niveau du coude et de l'épaule droite, tuméfaction considérable où le doigt imprime un godet, avec teinte ecchymotique. Cet œdème étendu à tout le bras avait l'aspect d'un œdème phlegmoneux. Cependant le malade remuait sans douleur, la pression à ce niveau était peu douloureuse; la température qui était à 38° ne permettait pas d'admettre l'existence d'un phlegmon.

La circonférence du bras droit au niveau du biceps est de 32 centimètres, de 30 cent. à trois travers de doigts au-dessous de l'interligne articulaire du coude droit.

Le bras gauche présente au niveau du biceps une circonférence de 25 cent., même circonférence au niveau de l'avant-bras au-dessous de l'articulation.

Le malade nous dit que son bras gauche avait été aussi volumineux les jours précédents, mais que cette enflure avait disparu.

Le malade tousse, cependant l'auscultation des poumons ne présente rien de particulier.

L'examen du cœur permet de constater un souffle à la pointe et au premier temps.

Pas d'albumine dans les urines.

Le malade est dans un état adynamique prononcé.

25 avril. — Dans le flanc gauche du malade apparaît une tuméfaction œdémateuse analogue à celle que nous avons décrite plus haut. Elle commence à 4 travers de doigt au-dessous du creux axillaire pour se terminer au niveau de la crête iliaque. Elle présente l'aspect d'une tumeur assez dure sans douleur, mais avec un peu de rougeur; le doigt y imprime un godet. Le tronc et l'abdomen sont couverts de sudamina et de taches de purpura présentant à leur centre une vé-

siculette remplie d'un liquide trouble hématique. Ces éruptions se retrouvent sur le dos et les cuisses.

Même état général que la veille. Peu de fièvre. Pas d'albumine. Le bras gauche pendant la nuit s'est tuméfié pendant que l'œdème du bras droit disparaissait.

Voici les dimensions :

	Bras droit	circonf. 25	cent.
	Avant-bras	— 28	—
	Bras gauche	— 30	—
	Avant-bras	— 37	—
26 avril. —	Bras droit	— 25	—
	Avant-bras	— 25	—
	Bras gauche	— 29	—
	Avant-bras	— 29	—

Adynamie toujours prononcée. Langue sèche. Pas d'albumine. Bruits du cœur sourds. Expectoration spumeuse abondante.

La tuméfaction du flanc gauche descend jusqu'au niveau du grand trochanter.

27 avril. — Même état. — Toux et expectoration abondante. Douleur, rougeur, chaleur au niveau du flanc gauche, mais pas de fluctuation. Râles sibilants dans l'étendue des deux poumons en arrière. Traces d'albumine dans les urines. L'œdème a totalement disparu du bras droit. Au niveau du triceps brachial masse très dure mobile avec le muscle ; une ponction exploratrice à ce niveau ne donne aucun résultat.

Facies grippé. Yeux excavés. Les gencives saignent facilement.

28 avril. — Une tuméfaction est apparue dans la nuit au niveau du chef claviculaire du sterno-mastoïdien, tuméfaction dure, douloureuse, un peu rouge et chaude. Elle est fusiforme et remonte jusqu'à la partie médiane du sterno-cléido-mastoïdien avec lequel elle semble faire corps.

L'œdème des bras a disparu. Léger œdème et douleurs autour de la malléole droite.

Langue sale, rugueuse et sèche, creusée de sillons.

Même état général. Température 38°.

Souffle au premier temps et à la pointe. Les bruits du cœur sont sourds.

Respiration soufflante et râles sous-crépitants au-dessous de la pointe de l'omoplate à gauche.

29 avril. — Le membre inférieur droit vient de nouveau d'être atteint. Petite tuméfaction fusiforme n'adhérant pas à la peau le long du radius près de son extrémité inférieure. Autre tuméfaction considérable au niveau de la masse des muscles antérieurs de l'avant-bras. La peau est chaude à ce niveau et présente une coloration analogue à celle d'une ecchymose ancienne.

La tuméfaction qui occupait hier le chef du sterno-mastoïdien déborde maintenant le sternum et la clavicule, et s'étend en haut jusqu'au trapèze, couvre la région parotidienne et l'angle inférieur de la mâchoire.

Respiration pénible. Léger tirage et dyspnée. Le malade avale difficilement. L'état général s'aggrave. Délire. Pouls petit, filiforme, fréquent. Respiration soufflante des deux côtés en arrière. Les bruits du cœur sont très sourds, le souffle de la pointe à disparu.

30 avril. — OEdème considérable très dur à l'avant-bras et au bras droit avec rougeur et chaleur. OEdème considérable au niveau du cou. Le pouls est meilleur que la veille. Douleur abdominale s'exagérant à la pression, à gauche à ce niveau toujours un peu d'œdème. Même état général.

1er mai. — L'œdème disparaît au bras et diminue au cou. Phénomènes thoraciques plus marqués. Expectoration hémoptoïque.

2 mai. — Matité aux 2/3 inférieurs des deux poumons. Congestion pulmonaire à gauche avec un peu d'épanchement.

Liquide séreux, un peu sanguinolent, obtenu par une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz.

Langue sèche. Teinte subictérique. Même état des œdèmes.

2 mai. — Le malade après avoir eu sa connaissance toute la nuit est pris vers six heures du matin d'accès de suffocation et meurt en quelques minutes.

Petit foyer hémorrhagique de la partie supérieure du lobe sphénoïdal gauche, autre petit foyer au niveau de la troisième temporale de l'hémisphère droit.

Hémorrhagies intra-musculaires au niveau du sterno-mastoïdien dans l'épaisseur des muscles constricteurs du pharynx et des muscles du larynx.

OEdème de la glotte surtout marqué du côté gauche. Foyer hémorrhagique se prolongeant dans l'épaisseur des cordes vocales, des muscles de la langue.

Hémorrhagie, intra-musculaire des deux psoas, des biceps brachial etc., en un mot au niveau des points où l'on avait observé de l'œdème pendant la vie du malade.

Suffusion hémorrhagique du mésentère au niveau du cæcum et dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin grêle.

Rien à l'estomac.

Du sang puisé dans le ventricule droit, du sang prélevé dans les foyers hémorrhagiques ont été ensemencés par mon ami Hallion sur de l'agar et dans du bouillon, et soumis à la température de 35° à l'étuve ; ces tentatives de culture restèrent sans résultats ; il en fut de même des cultures sur gélatine.

RÉFLEXIONS

Nous sommes en présence d'un cas de mort d'un homme ayant présenté des phénomènes d'infection, d'œdèmes nombreux et mobiles, sans grandes manifestations fébriles, comme l'indique la trace de la température et à l'autopsie duquel on a trouvé comme lésions importantes une gangrène pulmonaire et de nombreux foyers hémorrhagiques.

En présence de ces symptômes, le diagnostic était difficile à établir. Nous avons pensé de prime abord à

un œdème rhumatismal. M. Chuffart, dans sa thèse d'agrégation 1886, avait décrit des pseudo-phlegmons rhumatismaux qui présentaient quelques analogies avec l'œdème que nous constations chez notre malade. Les douleurs articulaires, la mobilité de l'œdème étaient en faveur de notre opinion que nous dûmes bientôt abandonner à cause de la gravité des phénomènes généraux.

Le traitement employé fut un régime tonique : alcool, extrait de quinquina, caféine et oxygène joint à l'antisepsie intestinale.

L'examen du sang pur, fait par mon collègue et ami Hallion, ne présenta rien de particulier, si ce n'est une augmentation légère du nombre des globules blancs. Des essais de culture sur agar, sur gélatine et dans du bouillon, faits par lui et par M. Legerne, externe des hôpitaux, avec du sang et de la sérosité de l'œdème sont restés infructueux.

Autopsie faite environ 36 heures après la mort.

Poumon gauche. — Emphysème du lobe supérieur et du bord antérieur, congestion intense de la base. Foyer de gangrène à la partie inférieure du lobe inférieur, foyer de petite dimension présentant une excavation de la taille d'une noix.

Poumon droit. — Congestion du lobe postérieur surtout prononcée à la base avec quelques noyaux de broncho-pneumonie à la période d'hépatisation. Au lobe moyen et au lobe supérieur, ce qui domine c'est l'emphysème. Quelques tubercules calcifiés au sommet.

Cœur. — Poids, 410 gr. Quelques plaques laiteuses sur le ventricule gauche. Plaques calcaires sur les valves de la mitrale.

Pas de dégénérescence du muscle cardiaque.

Rien au pancréas.

Rein droit. — Poids, 245 gr. Dégénérescence graisseuse avec un peu de congestion.

Rein gauche. — Poids, 230 gr.

Testicules, prostate, urèthre, rien d'anormal.

Vessie à colonnes avec congestion superficielle.

Cerveau. — Pas de dilatation des ventricules, pas de ramollissement à leur surface. Epaississement des méninges. Piqueté hémorrhagique de la substance blanche surtout prononcé au niveau de la capsule interne.

Pouvait-on penser au scorbut. La légère gingivite du malade n'était pas celle qu'on observe dans cette affection. A part le purpura qui appartient aux états infectueux, il n'y avait pas d'hémorrhagies et de plus l'œdème mobile n'était pas en rapport avec la marche du scorbut.

Notre maître, M. Landrieux, pensa qu'il s'agissait d'une septicémie professionnelle, à une infection due au métier d'égoutier de notre malade. S'agissait-il d'une infection ayant amené à la fois les phénomènes septicémiques observés et la gangrène pulmonaire ou la gangrène était-elle primitive ayant amené consécutivement des phénomènes d'intoxication ? Cette opinion paraît la plus vraisemblable. L'inhalation de vapeur ou de gaz irritants peut déterminer la gangrène du poumon chez les égoutiers comme chez les vidangeurs, c'est un fait qui est connu.

Dans notre cas, le foyer de gangrène était à l'état d'excavation ce qui indique déjà un certain degré d'ancienneté de la lésion, il est donc probable que c'est le foyer primitif de la septicémie que nous avons observé. En effet, bien que nous n'ayons pas trouvé d'observations conformes à la nôtre, nous la rapprochons d'une observation publiée par M. Lancereaux dans les *Archives de médecine* 1873, sur un cas de gangrène pulmonaire suivie de mort par septicémie, ce qui indique la possibilité de cette terminaison.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, par le Dr Descroizilles, 2e partie (Lecrosnier et Babé, édit., Paris, 1890.)

La deuxième partie du traité du Dr Descroizilles ne contient pas moins de 650 pages ; c'est donc un véritable volume et nous ne pouvons que répéter ce que nous disions ici-même lorsque parut la première partie : l'ouvrage aurait gagné à être publié en deux volumes.

Cette deuxième partie est du reste extrêmement importante, à cause même des matières qu'elle renferme. Ce sont d'abord les maladies convulsives (tétanos, tétanie, éclampsie, hystérie, chorée, etc.). Avec l'épilepsie, le Dr Descroizilles étudie le tic de Salaam ; les tics convulsifs font l'objet d'un article séparé. A côté des maladies mentales (manie, hypochondrie, idiotie) l'auteur place l'étude de l'onanisme ; l'onanisme n'est-il pas en effet dans plus d'un cas un vice instinctif chez les prédisposés à la folie ? L'irritation cérébrale, les terreurs nocturnes et l'aphasie complètent les maladies du système nerveux.

Dans le livre suivant consacré aux maladies de l'appareil locomoteur, nous trouvons quelques affections plus chirurgicales que médicales, telles que la coxalgie le genu valgum, le torticolis ; quelques affections rares telles que la maladie de Thomsen, la myosite ossifiante, l'hématome du sterno-mastoïdien. Les maladies de la peau, si fréquentes chez l'enfant, sont étudiées avec le plus grand soin dans le livre suivant.

Enfin le dernier livre est consacré aux maladies générales, et tout d'abord aux fièvres (rougeole, scarlatine, variole, etc.). Dans la première édition de ce traité, le Dr Descroizilles, contrairement à l'opinion professée actuellement en France par la plupart des médecins d'enfants, sinon par tous, semblait considérer

la varicelle comme une manifestation affaiblie de la variole; aujourd'hui il pense qu'il s'agit de deux maladies différentes. « J'ai eu tendance il y a quelques années, dit-il, à me rattacher à cette théorie de l'identité...; aujourd'hui j'adopte plutôt la croyance opposée ». C'était l'opinion de Trousseau et c'est la bonne.

Les maladies dyscrasiques, dystrophiques et cachectiques (diabète, chlorose, leucocythémie, polysarcie, etc.), les maladies virulentes et les diathèses terminent cet ouvrage. Signalons particulièrement les chapitres consacrés à la diphthérie et à la tuberculose. La diphthérie humaine est-elle la même que la diphthérie des oiseaux? le Dr Descroizilles semble le croire car il admet que les matières pulvérulentes détachées des déjections d'animaux contaminés sont parfois les éléments essentiels d'une transmission à l'espèce humaine. Le traitement général, et particulièrement la prophylaxie qui « prend vis-à-vis de la diphthérie une importance exceptionnelle », sont étudiées en détail; et l'on est heureux de voir l'auteur condamner toute une série de médications dont l'efficacité est plus que contestable; nous aurions voulu toutefois le voir repousser plus énergiquement certaines d'entre elles et particulièrement les vomitifs; « il faut faire beaucoup de restrictions, dit-il, relativement à l'efficacité attribuée aux vomitifs »; il aurait pu dire qu'ils sont presque toujours nuisibles, et que souvent, lorsqu'ils ne tuent pas le petit malade, ils aggravent singulièrement son état général. Que de fois n'avons-nous pas vu, en effet, des enfants arriver mourants à l'hôpital après avoir pris trois et quatre vomitifs pour une diphthérie légère qui aurait dû guérir avec des soins plus intelligents!

Le formulaire qui terminait l'ouvrage dans la première édition a reçu de nouveaux développements dans la seconde. C'est ainsi qu'on y trouve la formule de la mixture Gaucher contre l'angine diphthérique et un certain nombre de formules nouvelles contre les maladies de la peau et la syphilis infantile.

Ainsi complété, le livre du Dr Descroizilles est un gros volume de plus de 1.300 pages qui, sous le titre modeste de Traité élémentaire, n'en est pas moins un excellent ouvrage de pathologie infantile, d'une utilité incontestable et qui, nous n'en doutons pas, aura tout le succès de la première édition.

Eug. DESCHAMPS.

Traité théorique et clinique de la fièvre jaune, par J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD, (Paris 1891, in-8°, 985, p. O. Doin, éditeur.)

Le traité du Dr Bérenger-Féraud est un de ces livres qu'on n'analyse pas et qu'il suffit de signaler pour qu'immédiatement le lecteur en saisisse toute l'importance. C'est qu'en effet le nom de l'auteur, sa grande notoriété, sa haute compétence, dans toutes les affections des pays chauds, ses précédents travaux sur la fièvre jaune nous sont un garant sûr qu'un traité sur ce sujet ne peut être fait avec plus d'autorité que par lui, et nous sommes certains d'y trouver, avec l'état actuel de nos connaissances, tout ce qu'il peut être utile de connaître pour combattre cette terrible affection, dans son traitement et sa prophylaxie, et tout ce qui nous reste encore à apprendre ou à chercher dans son histoire.

Si donc nous laissons de côté la nosographie de la fièvre jaune, faite de main de maître par l'auteur, nous sommes frappés par l'ignorance dans laquelle nous sommes quant à la nature, à la pathogénie de la maladie, et par notre impuissance thérapeutique vis-à-vis de ses atteintes. Certes, comme le dit le Dr Bérenger-Féraud dans ses conclusions, « les recherches les plus louables ont été faites, mais il faut avoir le courage de l'avouer, les résultats sont si minimes et si incertains jusqu'ici, que nous pouvons dire qu'ils sont à peu près nuls.

Est-ce donc que nous soyons désarmés contre la fièvre jaune? oui ou à peu près s'il s'agit de thérapeutique et le grand nombre de traitements et de médicaments préconisés ne prouve que trop leur inefficacité; non s'il s'agit de prophylxaie.

C'est qu'en effet, si l'on fait avec le Dr Bérenger-Féraud la géographie médicale de la fièvre jaune, on voit que le monde peut être divisé en trois grandes zones : la zone amarile, la zone fréquemment visitée et la zône rarement visitée.

Or, même dans la zone amarile, la maladie naît le plus souvent dans un endroit très limité; de sorte que par des mesures sanitaires, largement et sagement employées, on pourra, dans cette zone comme dans les autres, arriver à diminuer très notablement le nombre des victimes.

La fièvre jaune, dit l'auteur, il faut la considérer comme le feu; l'espèce humaine, les locaux, et les objets inanimés sont des matières inflammables ou capables de transmettre l'incendie. « Donc pour éviter les coups du typhus amaril, les autorités et les populations doivent agir vigoureusement par la prophylaxie sanitaire, aussitôt que possible, contre le foyer de germes qu'on aperçoit, ou même qu'on présume pouvoir exister ici où là, comme les pompiers agissent vis-à vis du feu. Il faut en outre, dans cet ordre d'idées, s'attacher toujours à dépasser très largement le but, pour être certain qu'on l'aura atteint. »

Inutile d'ajouter que toutes les mesures prophylactiques et que la technique de la désinfection sont étudiées avec le plus grand soin dans l'ouvrage du Dr Bérenger-Féraud.

Eug. DESCHAMPS.

Le lait et le régime lacté, par le Dr G. MALAPERT DU PEUX. (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891, petit in-8 de 160 p.)

L'importance du lait dans l'alimentation et dans le traitement hygiénique des maladies n'est pas à démontrer. Mais tant de causes peuvent concourir à enlever à

cet aliment les qualités qu'on lui demande, qu'on ne saurait trop attirer l'attention sur les conditions nécessaires qu'il doit remplir pour qu'il puisse rendre des services. La plupart des ouvrages publiés sur le lait sont faits à des points de vue spéciaux, c'est surtout la composition chimique, les falsifications que l'on a eu en vue. L'influence des facteurs hygiéniques et des médicaments sur la sécrétion lactée et la composition du lait ont le plus souvent été étudiés isolément dans des monographies on dans des ouvrages spéciaux. Souvent ces ouvrages sont volumineux et contiennent des renseignements qui n'intéressent qu'indirectement le praticien. L'auteur a préféré faire un travail d'ensemble qui comprend l'étude du lait sous tous les points de vue qui peuvent intéresser la pratique. Cet ouvrage, dont les digressions qui ont paru trop théoriques ont été écartées, se divise en deux parties.

Dans la première l'auteur étudie les caractères chimiques et physiques du lait, les différences qui existent entre les laits au point de vue de la composition, des variations de la quantité et de la composition du lait sous diverses influences physiologiques et pathologiques. L'auteur s'étend avec raison sur le passage dans le lait de substances qui peuvent être introduites dans l'organisme.

Les falsifications, la transmission des maladies par le lait, les moyens de stérilisation sont des questions tout actuelles qui tiennent ici leur place.

La seconde partie comprend l'étude du régime lacté et de ses principales indications. Le régime est d'abord étudié à un point de vue général. Peut-être l'auteur aurait pu donner quelques développements à la digestion du lait telle que l'ont fait connaître les travaux récents, et dont les données sont susceptibles de certaines applications à l'hygiène.

Le régime lacté est étudié ensuite chez l'enfant pour lequel il constitue une alimentation naturelle, chez l'adulte pourlequel dans certain états morbides le lait exerce sa double action alimentaire et thérapeutique, enfin chez le vieillard auquel le régime lacté devient parfois indispensable. Un chapitre sur la cure de petit lait forme un complément indispensable à cette étude.

En résumé le médecin trouvera des renseignements utiles ou très variés condensés dans ce petit volume étroitement adapté à la pratique. L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Prothèse cornéenne. — MM. GUILLAUME et FORGEOT viennent de soumettre à la Société des Sciences médicales de Lyon (juillet 1890) des expériences fort curieuses. Il n'est pas évident que les résultats obtenus chez les animaux puissent être également obtenus chez l'homme; ces faits n'en sont pas moins très intéressants et ils trouveront peut-être leur application dans des cas où l'on est autorisé à essayer n'importe quoi.

Dans les cas de leucome total de la cornée, actuellement nous ne rendons aucun service aux malades. MM. Guillaume et Forgeot ont eu l'idée d'introduire dans la chambre antérieure une calotte de verre mince découpée dans une sphère de courbure moindre que celle de la cornée et appliquée par sa face convexe sur la face postérieure de la cornée. « Cette calotte de verre est fixée contre la membrane de Descemet par des fils de platine soudés d'une part en triangle aux bords de la cupule de verre et près de l'autre dans la plaie de la cicatrice cornéenne. Une fois la cicatrisation de la cornée, ainsi que la fixation de la cupule obtenues, on trépane le centre de la cornée correspondant au centre de la cupule de verre. On aurait ainsi un passage de la lumière dans les cas d'opacité cornéenne avec fond de l'œil sain. Les expériences ont porté sur des chats et le procédé opératoire a été le suivant :

On découpe sur des sphères en verre soufflé de 3 cent. 1/2 de diamètre et de 2/3 de millimètre d'épaisseur des calottes sphériques de 5 à 6 millimètres de diamètre.

Les bords de la cupule sont avivés à la lime, afin de produire une irritation de la paroi postérieure de la cornée et une adhérence cicatricielle. A la cupule de verre obtenue on soude au chalumeau et en triangle trois fils de platine de 1/4 de millimètre de diamètre.

Le chat à opérer a les poils de la tête coupés ras et est lavé à une solution à 1/1000 de sublimé, puis reçoit deux heures avant l'opération une instillation dans l'œil de quelques gouttes d'atropine, enfin, au moment voulu, chloroformisation.

Une fois le sommeil à peu près obtenu, on insensibilise l'œil par quelques gouttes de chlorhydrate de cocaïne, puis, comme premier temps de l'opération, l'on pratique au couteau de de Græfe une *ponction à la partie supérieure* du diamètre vertical de la cornée à 1 *millimètre* 1/2 du bord; puis, dans un *second temps* une incision par transfixion et section de la cornée à la même distance du bord cornéen que pour la ponction et suivant la demi-circonférence inférieure.

L'incision faite, on introduit par la plaie cornéenne dans la chambre antérieure l'un des bouts de fil de platine, que l'on fait, vu sa rigidité, sortir facilement par le trou de la ponction supérieure.

L'on tire doucement sur ce fil qui amène petit à petit la cupule dans la chambre antérieure; l'humeur aqueuse s'est, il est vrai écoulée, l'iris bombe légèrement, mais, malgré cela, la cupule glisse assez facilement et vient se placer au centre de la cornée.

Il ne reste plus alors qu'à rabattre les fils de platine, les deux inférieurs étant placés près des bords de la plaie cornéenne. Ces fils sont ramenés vers le milieu de la cornée et tordus, on les passe entre les paupières et on les coupe à 3 ou 4 millimètres en dehors.

La cicatrisation obtenue, il se forme un pannus triangulaire aboutissant aux points d'insertion des fils de suture qui sont entourés d'une zone d'opacification. Il ne

reste plus alors qu'à couper les fils de platine très près et contre le bord externe de la cornée, maintenus qu'ils sont par la cicatrice cornéenne, puis à trépaner au centre de la cornée, un ou deux mois après l'opération. une couronne de plus petit diamètre que la cupule de verre.

On livre ainsi un trou de quelques millimètres de diamètre au passage de la lumière. Reste à examiner les résultats que nous avons obtenus jusqu'à ce jour.

Après plusieurs insuccès se traduisant par de l'iritis, hernie de l'iris, bris de cupule, nous avons obtenu les résultats suivants :

Sur un premier chat opéré des deux yeux le 6 mars on constate un insuccès pour l'œil gauche ; pour l'œil droit la cupule du verre est incluse dans la chambre antérieure, l'œil est sain, la vision normale. Le corps étranger est donc parfaitement toléré.

Le deuxième chat présente un résultat plus complet, consistant dans ce fait que la cornée artificielle soudée par trois fils de platine est enchâssée par son limbe dans un kyste fibreux périgène.

Le but de cette opération est de remédier à la perte de transparence du premier milieu de l'œil lorsqu'il y a intégrité des membranes profondes. En un mot, nous faisons ces expériences afin d'appliquer à l'homme le bénéfice d'une fenêtre artificielle cornéenne dans le passage, non seulement de la lumière, mais aussi des images de la vision distincte dans les cas de leucomes généralisés. »

Nos confrères lyonnais auraient tort de se figurer que cette opération sera aussi facile chez l'homme que chez leurs animaux ; ces derniers avaient vraisemblement des cornées saines et transparentes. Chez l'homme au contraire cette opération ne pourra être raisonnablement tentée que dans les cas de leucome total, alors qu'on ne peut rien espérer d'une iridectomie optique. Derrière cette cornée opaque, la coque de verre sera donc beaucoup moins facile à bien placer que derrière la cornée transparente de leurs chats. D'autre part, il faudra que la cornée étant tout à fait opaque, le reste de l'œil soit néanmoins tout à fait sain, que le cristallin soit transparent, qu'il n'y ait pas eu d'iritis, ou tout au moins qu'il n'y ait pas trop d'exsudats iriens au niveau de l'orifice pupillaire ; il faut surtout qu'il n'y ait absolument aucune adhérence de l'iris et de la cornée, sans cela, ces tentatives ne pourraient aboutir, et d'autre part elles donneraient immédiatement des résultats déplorables. Il faut que la coque de verre ainsi placée ne s'opacifie pas à la longue, ce qui est bien douteux avec le frottement continuel des paupières et des larmes par devant, le contact de l'humeur aqueuse par derrière ; il faut enfin que cette coque de verre, si on arrive à la bien placer, soit bien supportée par les membranes voisines et n'entraîne pas la perte de l'œil opéré et même la perte de l'autre œil par ophthalmie sympathique. Il faut donc bien des choses, tant de choses même que nous ne nous sentons pas disposé à essayer chez l'homme le procédé de nos confrères de Lyon. Leur communication n'en est pas moins des plus intéressantes en montrant avec quelle facilité l'œil peut supporter pendant longtemps la présence de corps étrangers.

Traitement de la conjonctivite granuleuse. — Les Drs Gust et Otto Keining (*Deutsch. Med. Wochenschrift*, 9 octobre) préconisent une méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse qu'ils emploient depuis environ deux ans ; les résultats ont été tels, que des malades soignés depuis longtemps sans résultats par d'autres méthodes, guérissaient en un temps qui variait de 2 à 6 semaines, même lorsqu'il y avait un pannus étendu. Le but du traitement est de porter un agent antiseptique à l'intérieur des granulations et d'autre part de produire un certain degré d'irritation conjonctivale. L'œil est d'abord lavé soigneusement avec une solution de sublimé à 1 pour 2.000 ; les paupières sont alors retournées et frottées fortement avec un petit tampon dur imbibé de la même solution. Si la conjonctive bulbaire est affectée, on la traite de la même manière, sans s'occuper de l'hémorrhagie qui peut provenir des granulations. Ces frictions sont répétées chaque jour et on proportionne leur intensité à la gravité de la maladie.

Assez souvent, surtout dans les cas récents, les granulations sont trop dures pour que le contenu puisse être évacué de cette manière ; on déchire alors leur enveloppe avec des pinces à dents de souris, puis on opère comme ci-dessus. Lorsque les granulations ne peuvent être déchirées par les frictions, à cause de leur situation, on les écrase entre les mors de pinces à cils. Il en résulte un peu de réaction inflammatoire, mais cela n'empêche pas de recommencer. La sécrétion au début est toujours un peu plus abondante, mais cela disparaît vers le troisième ou le cinquième jour du traitement. Pour faire disparaître la sécrétion on lave l'œil pendant une heure trois fois par jour avec une solution chaude de sublimé à 1 pour 10.000, on emploie le même traitement lorsqu'il existe des démangeaisons des paupières, lorsqu'il survient une tuméfaction considérable des paupières, on cesse le traitement pendant un jour ou deux, en se bornant à essuyer légèrement les paupières avec une solution plus étendue. Quelquefois, au début du traitement, il se forme des membranes sur la conjonctive ; on les laisse s'éliminer spontanément en se bornant à toucher la conjonctive aux points où cette membrane n'existe pas. Dans les cas anciens les frictions peuvent être moins énergiques. Le pannus disparaît toujours en même temps que l'affection de la conjonctive.

A. Chevallereau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1890. — Prés. de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Paul

Reclus, qui se porte candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

M. Dujardin-Beaumetz présente de la part de M. le Dr Laurent (de Magescq, Landes) un travail manuscrit intitulé : Un cas de variole, isolement et revaccinations gratuites; absence de propagation de la maladie.

M. Lereboullet présente, de la part de M. le Dr Magnant de Gondrecourt (Aisne), la relation d'une épidémie localisée de fièvres typhoïdes à Gondrecourt survenue après la vidange d'une fosse d'aisances.

Rapports de prix. — M. M. Sée lit le rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Alvarenga.

M. Blanche lit le rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Falret.

Sur la dépopulation de la France. — M. Le Fort. Il y a 23 ans que Broca a amené dans cette enceinte la première discussion sur la dépopulation de la France. C'était alors la France qui avait le plus grand nombre d'individus productifs, pour la culture et la défense du sol, mais le moins d'enfants. Broca pensait que jusqu'à certaine limite la force d'un pays était en raison inverse du nombre des enfants, ceux-ci ne produisant rien. La France avait, il est vrai, un grand nombre de vieillards, non productifs, mais c'était pour elle, disait-il, un honneur.

Le nombre des naissances, qui était en 1821 de 1 pour 31 habitants, a constamment diminué depuis cette époque L'accroissement de notre population est plus faible que l'accroissement des populations étrangères. Ce mouvement lent dans l'accroissement ne tient pas au chiffre de la mortalité, moins forte que celle de la plupart de nos voisins; depuis 1821, la mortalité en France est allée en décroissant. La cause en est dans la natalité. Actuellement la perte annuelle des naisssances est de 240.437 enfants comparée au chiffre que nous aurions si la natalité était restée la même qu'en 1821.

En 1889, il y a eu en France, 56,478 naissances de moins qu'en 1888. D'ailleurs la France, avec 25 naissances par an et par mille habitants, occupe aujourd'hui le dernier rang sur l'échelle de la natalité; la Hongrie, qui occupe au contraire le premier rang, a 39 naissances par mille habitants et par an.

Le mal est donc très grand, cependant il ne faut pas exagérer les choses et croire que dans quelques années la France ne sera plus qu'une puissance de troisième rang. La France s'est déjà trouvée dans une situation bien plus terrible en 1854 et 1855; c'est la seule fois dans ce siècle que la population en France a diminué par l'excès du nombre des décès sur le nombre des naissances.

Il nous manque actuellement deux départements : il nous manque l'Alsace dont la natalité était de beaucoup supérieure à celle des autres provinces. Il y a des départements dans lesquels la population tend à diminuer, par exemple, dans les départements qui forment l'ancienne Normandie. La population s'est augmentée dans 54 départements, par l'excédent du nombre des naissances sur les décès; cet accroissement s'est élevé pour les 54 départements à 103.399 et dans ces départements il ne faut pas faire intervenir l'émigration. Au contraire, il y a une perte de 17,363 habitants répartie entre 32 départements; cette perte se rencontre surtout dans tout un groupe de départements qui se livrent à la culture de la vigne. C'est donc là une cause passagère.

Ce qui augmente nos craintes, c'est cette pensée que dans un temps plus ou moins éloigné, la France ne pourra pas trouver un nombre d'habitants suffisant pour former une armée d'un effectif égal à celui de ses adversaires. Mais il y a d'autres choses à considérer. La période de doublement de la population allemande n'est pas de 54 ans comme pour la Prusse considérée seule, elle est de 118 ans. Nous avons donc du temps devant nous.

A quelles causes est due la faiblesse permanente de notre natalité? La rareté des naissances ne tient pas au nombre des mariages, mais à l'âge tardif auquel ils se font. Toutes les naissances naturelles augmentent alors que les naissances légitimes diminuent. Nous avons en France 8 0/0 d'enfants naturels, tandis qu'à Londres il n'y en a que 5 0/0.

La grande différence dans la natalité en France et en Angleterre, dans la population ouvrière du moins, tient à ce que l'ouvrier anglais a généralement son *home*, tandis qu'en France, à Paris au moins, l'ouvrier vit en garni et au cabaret et ne pense pas à se marier.

Il n'y a pas de loi plus morale et plus féconde en résultats que celle qui, dans divers pays, en Angleterre et en Suisse, par exemple, oblige le père à nourrir ses enfants, reconnus ou non; il n'y a pas de loi immorale que celle qui empêche, en France, la recherche de la paternité. La protection de l'enfant manque absolument dans la loi française.

Une autre cause du faible accroissement de la population française, c'est la restriction voulue du chiffre de la natalité. Cette infécondité voulue se retrouve dans toutes les classes de la population, mais surtout dans les classes aisées. Dans notre organisation sociale, un père soucieux de l'avenir de ses enfants n'a qu'un nombre d'enfants en rapport avec sa situation de fortune. Le coupable, c'est donc le partage égal des biens entre les enfants, c'est le code civil. Dans les provinces rhénales d'Allemagne, qui sont encore régies par le code civil, la population s'accroît beaucoup moins rapidement que dans le reste de l'Allemagne.

Le code civil a une action non seulement sur la natalité, mais sur la valeur morale et l'énergie de la population française. En France, les enfants ont à peine l'âge de raison qu'ils calculent déjà la fortune du père et ce qui leur reviendra plus tard, et s'ils savent qu'ils pourron plus tard vivre sans rien faire, ils deviennent des citoyenst inactifs et inutiles à leur pays. Il faut donc que le père puisse, comme à l'étranger, disposer d'une portion de sa fortune beaucoup plus grande que celle dont il peut disposer en France.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de MM. M. Sée et Blanche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Rectopexie postérieure. — M. Verneuil donne le résultat d'une opération de ce genre qu'il a pratiquée il y a 18 mois. Il s'agissait d'un jeune homme atteint d'un énorme prolapsus rectal ayant retenti sur l'état général d'une façon très inquiétante. Depuis l'intervention, son prolapsus est resté réd . les selles se passent normalement. Pendant

la marche, il se fatigue un peu mais il est complètement métamorphosé.

Le malade est présenté à la Société.

M. Berger cite le cas d'un malade traité par M. Marchant dans son service, à l'aide du même procédé et le résultat s'annonce comme très bon.

De l'appendicite. — M. Schwartz apporte à la tribune les observations qu'il a recueillies. Dans la première il s'agit d'un homme atteint autrefois de périty phlite, puis de rechute se manifestant par du ballonnement du ventre, l'absence de garde-robes, du hoquet, etc... Quand M. Schwartz vit le malade il trouva une tuméfaction dans la fosse iliaque avec suppuration probable.

L'opération fut faite, on tomba sur le cæcum, mais l'état était très grave et l'opéré mourut de péritonite généralisée. Le début du second cas remontait à quinze jours. Pas de fluctuation dans la fosse iliaque ; mais de la douleur à la pression et de la matité profonde. Le diagnostic de périty phlite suppurée est porté et une ponction aspiratrice donne du liquide. L'incision est pratiquée, 300 grammes de liquide sont évacués ; l'appendice iléo cæcal ne fut pas trouvé. Le malade meurt.

La troisième observation a trait à une femme présentant les symptômes d'occlusion intestinale. Un purgatif amena cependant des garde-robes. Quand M. Schwartz vit la malade elle était très gravement atteinte et présentait des vomissements porracés.

La fosse iliaque droite était douloureuse. La laparotomie médiane fut pratiquée. On tomba sur des adhérences ; le cæcum était vide, mais en explorant on tomba sur un foyer purulent profond. Une incision iliaque fut alors faite et au milieu du pus on trouva l'appendice cæcal qui fut réséqué ; lavage du péritoine à l'eau bouillie. Pansement iodoformé. Mort dans la fin de la journée.

M. Schwartz discute ces différentes observations et rappelle que si dans une de ses observations il n'a pas trouvé l'appendice, c'est qu'il est des cas dans lesquels cet organe est complètement détruit.

Dans la troisième observation, le diagnostic était difficile et l'affection fut prise pour toute autre chose que pour une appendicite et cependant c'était bien cette partie qui était la cause de la maladie, car un pépin de citron fut trouvé dans le foyer purulent, il avait perforé l'appendice vermiforme. M. Schwartz conclut à la nécessité d'une intervention précoce, au choix d'une incision iliaque et de la laparotomie médiane dans les cas de péritonite généralisée seulement.

M. Reclus se félicite d'avoir soulevé ce débat, car ainsi sont arrivées des observations intéressantes qui peuvent éclairer la question. Les différents orateurs ont insisté sur la difficulté du diagnostic et, pour lui, il a été frappé au contraire de la possibilité d'arriver facilement à ce diagnostic tant par la lecture des observations publiées que par sa propre pratique. Le tableau clinique présente en effet des caractères bien spéciaux. Certes il ne faut pas faire, comme M Talamon, trop de subdivisions. Pour sa part il n'accepte pas la péritonite appendiculaire. Il est certain que les adhérences se forment de suite ; mais dans ces cas c'est toujours une appendicite qui peut présenter une forme larvée, mais dont le point de départ est dans l'appendice.

On sait que la lésion de cet organe s'accompagne de vomissements, de douleurs dans l'hypochondre.

La douleur à la pression existe justement sur le siège de l'appendice et quelquefois même il existe une tuméfaction dans la fosse iliaque. Quand la maladie prend une marche aiguë (c'est souvent à la suite d'un heurt), le patient ressent une douleur atroce, déchirante, à foyer constant, et on constate alors l'existence d'une tuméfaction. On sait du reste que les suppurations de la fosse iliaque ont très souvent pour cause la déchirure de l'appendice. Kümmel et d'autres ont écrit que cette lésion existait neuf fois sur dix. Il est certain qu'il peut y avoir des exceptions, les observations de Routier, de Schwartz en font foi ; mais, dans la majorité des cas, on peut faire le diagnostic.

Il serait important de savoir s'il y a des adhérences de formées. Malheureusement les signes cliniques ne permettent pas d'arriver à cette connaissance et cependant, d'après les opérations et les autopsies, on peut dire que ces adhérences existent presque toujours. Ces adhérences exigent l'incision iliaque et les observations de MM. Shwartz et Chaput le prouvent. Ils ont été obligés, après laparotomie médiane, de faire l'incision oblique au-dessus de l'arcade de Fallope à cause des adhérences qui siégeaient dans la fosse iliaque. Il est, de plus, inutile d'ouvrir le sac péritonéal, la grande cavité séreuse, quand on peut ne pas le faire.

En somme M. Reclus croit qu'une première crise d'appendicite n'est pas nécessaire pour déterminer une intervention. Mais s'il y a eu plusieurs crises ; s'il y a une tumeur dans la fosse iliaque, il faut pratiquer l'incision de l'appendice, que la péritonite soit généralisée ou localisée. Il faudra opérer le plus rapidement possible et faire l'incision oblique dans la fosse iliaque.

M. Terrier, dans le cours de ses laparotomies, a souvent rencontré l'appendice cæcal adhérent dans tous les points de l'abdomen, souvent très allongé et rempli de calculs. Ce qu'il veut retenir, c'est que l'appendice a été rencontré dans des sièges tout à fait anormaux. M. Terrier insiste aussi sur la confusion possible de l'appendicite avec une lésion des annexes. Dans la question du diagnostic, il y a non seulement les symptômes, mais aussi la question du calcul de probabilité et c'est se basant sur ce dernier point que dernièrement il a ouvert, sans grands symptômes, la cavité péritonéale au niveau du cæcum et bien lui en a pris car il est tombé sur un foyer rempli d'un liquide noirâtre.

Quant à l'intervention, elle est bien différente quand il s'agit de donner simplement issue au pus, ou quand il faut aller libérer l'appendice vermiculaire et le risquer. Dans cette dernière hypothèse on comprend l'hésitation du chirurgien.

M. Berger trouve que la difficulté ne réside pas dans le diagnostic de la périty phlite, mais bien dans la question de savoir s'il va y avoir perforation et s'il faut intervenir immédiatement ou si, au contraire, la maladie est susceptible de guérir spontanément. Dans ces cas, la question ne peut être tranchée que par un calcul de probabilité et ce sont les médecins qui sont susceptibles de savoir quelle est l'issue que prendra la maladie.

M. Reclus est de l'avis de M. Terrier, car il a dit dans la fin de sa communication que le calcul de probabilité jouait un grand rôle dans la précision du diagnostic Quant à la recherche de l'appendice, il pense qu'il est toujours bon de la faire, quitte à l'abandonner si on ne le trouve pas au bout de quelque temps. Dans cette recherche, on rencontre souvent à la partie postérieure, un deuxième abcès qui vous aurait échappé sans cela. C'est plutôt pour trouver cet abcès que pour enlever l'appendice, qu'il faut explorer

la région. M. Reclus pense aussi comme M. Berger que les médecins ont une grande part dans la décision de l'intervention ; mais il a eu surtout en vue les cas qu'on rencontrait dans les services de chirurgie.

Rupture interstitielle de l'urèthre. — M. Le Prévost, du Havre, rapporte l'observation d'un malade qui fit une chute à califourchon sur une échelle double. Deux jours après la chute, ce chirurgien vit le malade et le trouva atteint d'infiltration urineuse et d'une fistule pénienne. Pour boucher cette fistule, M. Le Prévost put se servir du prépuce à cause de la situation de la fistule près du gland.

Résection ostéoplastique du pied. — M. Michaux présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de Wladimiroff Mikulicz avec une modification consistant à se servir de l'incision de J. Roux.

Lipome arborescent du genou. — M. Bazy présente un lipome qu'il a enlevé, l'analyse hystologique sera faite ultérieurement.

Salpingite suppurée. — M. Reynier présente une trompe cylindrique très volumineuse et remplie de pus, qu'il a enlevée par la laparotomie.

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

Séance du 24 octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier

Des variations de mortalité de la fièvre typhoïde. — M. Merklen. M. Debove, avec une médication qu'il considère comme à peu près expectante, a une mortalité de 9.2 0/0, peu différente de celle obtenue dans les hôpitaux avec les autres modes de traitement. Or les publications les plus récentes donnent comme mortalité moyenne de la fièvre typhoïde traitée par l'expectation le chiffre de 20 0/0. Il est vrai que ces statistiques sont déjà un peu anciennes; actuellement il est peu de médecins qui n'aient recours aux antipyrétiques et aux pratiques hydrothérapiques dans les formes graves. La gravité de la fièvre typhoïde est d'ailleurs fort variable, ainsi on trouve des écarts considérables pour la même période entre la mortalité des divers hôpitaux de Paris. D'une façon générale la mortalité est plus élevée dans les grands hôpitaux excentriques de Paris, peut-être à cause de leur clientèle qui se compose d'ouvriers peu aisés, surmenés, souvent alcooliques, attendant trop tard pour réclamer des soins.

La mortalité de la fièvre typhoïde prise en bloc s'est considérablement abaissée dans ces dernières années, à Paris comme ailleurs, sans doute à cause d'une hygiène meilleure et d'un traitement plus rationnel.

M. Debove. Il y a en effet des différences considérables dans la gravité de la fièvre typhoïde; ainsi actuellement dans son service qu'il a depuis sept ans, M. Debove trouve à la dothiénentérie une gravité qu'il n'avait encore jamais observée. Cette gravité n'est nullement en rapport avec l'hyperthermie qui n'existe pas dans les deux cas qui lui donnent les plus vives inquiétudes; aussi ne s'explique-t-il pas que certains médecins préconisent les bains froids en pareilles circonstances.

M. Hayem a constaté dans son service de l'hôpital Saint-Antoine une différence considérable suivant les sexes, dans la mortalité typhique. Les femmes fournissent beaucoup plus de décès, même en dehors des conditions d'allaitement et de puerpéralité. Dans la statistique générale on devrait donc établir deux colonnes de mortalité, une pour les hommes et l'autre pour les femmes.

M. Laveran. La mortalité par la fièvre typhoïde est sensiblement baissée, mais il est bon de remarquer que notre conception de cette maladie n'est plus la même. Autrefois on ne faisait pas rentrer dans les cadres de la maladie les formes légères, qui figurent actuellement dans les statistiques.

M. Cadet de Gassicourt a fait la même remarque que M. Hayem pour la différence de mortalité suivant les sexes chez les enfants.

M. Juhel Rénoy apporte à l'appui de la réflexion de M. Hayem la statistique de son traitement systématique par les bains froids, qui a donné une mortalité de 12 0/0 chez les femmes et de 5 0/0 seulement chez les hommes.

M. Juhel Rénoy proteste contre l'affirmation de M. Debove que la fièvre typhoïde va en s'atténuant depuis un certain nombre d'années et contre l'expectation qu'il a préconisée dans le traitement de cette maladie. Il a vu les formes les plus graves parmi les 108 typhiques qu'il a eu à soigner l'an dernier à l'hôpital Lariboisière et si M. Debove avait vu les véritables résurrections qu'il a obtenues par la méthode de Brand, il aurait moins d'hostilité contre elle. D'ailleurs le traitement par les bains froids s'adresse surtout à l'adynamie et aux phénomènes nerveux et non exclusivement, comme le pense M. Debove, à l'hyperthermie.

M. Hayem désapprouve la méthode des bains froids appliqués systématiquement, mais il est certain que cette méthode vise d'autres indications que l'hyperthermie.

L'adynamie est une de ces indications et cette adynamie peut être énorme malgré une apyrexie presque complète. Le bain froid et l'alcool sont alors surtout indiqués.

M. Merklen. La gravité plus grande signalée par M. Hayem, de la fièvre typhoïde chez la femme, est un fait à élucider. Cette différence de mortalité suivant les sexes expliquerait peut-être la mortalité extrêmement minime (1 0/0) de certaines statistiques de médecins militaires allemands qui ne soignent que des hommes.

Anurie calculeuse. Mort le dixième jour. — M. Féréol a rapporté dans la séance du 14 février dernier (V. *France méd.*, n° 21, p. 22), l'observation d'un malade de 47 ans goutteux qui fut pris d'anurie calculeuse, laquelle se termina le neuvième jour par l'émission de dix litres d'urine et le retour à une santé relative. Depuis, le malade a eu une violente attaque de goutte à la suite de laquelle, se trouvant beaucoup mieux, il négligea les précautions de régime et renonça notamment à l'usage du lait. Bientôt il rendit quelques graviers, et éprouva des douleurs un peu vives du côté du rein droit. Le 3 juillet dernier, les urines devinrent rares et sanguinolentes, puis à partir du 4 juillet il y eut une anurie complète.

La crise se répéta à peu près comme la première fois; le traitement fut également le même : un litre de lait, caféine 1 gr. 50 à 2 gr. par jour en potion ; ventouses sèches, électricité, oxygène, mais le tout sans résultat.

Le neuvième jour, l'haleine devient extrêmement fétide, le pouls d'abord lent se remonte alors que la température baisse progressivement jusqu'à 36° 4 sous l'aisselle; le malade tombe dans un coma entrecoupé de réveils en sursaut avec des secousses électriques de tout le corps. Le

dixième jour seulement les pupilles sont un peu contractées, l'état général semble un peu amélioré, le malade rend une soixantaine de grammes d'urine, mais il est pris subitement d'une sensation de constriction thoracique qu'il caractérise lui-même d'angine de poitrine, il est envahi par une sueur froide et il meurt instantanément en pleine connaissance.

Cette terminaison sous forme d'angine de poitrine toxique pourrait bien être assez fréquente, bien qu'on ne la trouve pas expressément signalée dans l'excellente thèse de M. Merklen sur l'anurie calculeuse.

Il y est dit seulement que les malades meurent subitement et en pleine connaissance, ce qui est bien le cas ici.

Traitement des pleurésies purulentes. — M. Laveran à propos de la communication faite par M. Fernet dans la dernière séance, fait remarquer que les faits qui plaident en faveur du traitement de la pleurésie purulente par les ponctions suivies d'injections antiseptiques sont bien peu nombreux. Pour sa part il n'a jamais réussi à guérir une pleurésie purulente totale autrement que par la thoracotomie.

Paralysie faciale hystérique. — M. Chantemesse présente trois malades atteints de paralysies faciales d'origine hystérique.

Ces trois malades sont d'autant plus intéressants que si l'hémispasme facial d'origine hystérique est bien connu, il en est tout autrement de la paralysie faciale qui est rare et dont l'existence bien constatée serait, pour certains auteurs, une raison suffisante pour faire rejeter le diagnostic d'hystérie.

Les caractères propres à la paralysie faciale hystérique seraient les suivants :

C'est le facial inférieur qui est intéressé, l'orbiculaire est respecté comme lorsqu'il s'agit d'une paralysie d'origine centrale. La paralysie siège indifféremment à droite et à gauche, mais elle est souvent bilatérale avec prédominance d'un côté ; le malade présente alors un masque facial qui lui donne un air d'hébétude très caractéristique. Du côté paralysé il existe une monoplégie brachiale; du côté paralysé, la sensibilité du pharynx, de la conjonctive est diminuée, il en est de même du goût, de l'odorat, de l'ouïe et surtout de la vue. Par contre, les zones hystérogènes sont rares.

Enfin, il y a chez ces malades un amoindrissement de l'intelligence et surtout de la mémoire.

Le début de la maladie est brusque et elle guérit graduellement.

M. Féré. La parésie faciale est moins rare chez les hystériques qu'on ne le croit généralement. En outre, il existe très souvent chez eux des troubles de la motilité de la langue, troubles distincts du bégaiement hystérique; s'ils passent le plus souvent inaperçus, c'est que l'exploration de la motricité de la langue est ordinairement très mal faite.

M. Ballet. La parésie faciale est assez peu marquée, chez les trois malades de M. Chantemesse; mais elle est parfois beaucoup plus nette et on a tort de dire que l'hystérie n'attaque pas la face. Chez un malade du service de M. Proust, on constate, à certains jours, du côté opposé à l'hémispasme type que ce malade présente à la face, une très grosse paralysie faciale.

M. Chantemesse a dit, avec raison, que ces parésies faciales des hystériques offraient ce caractère d'être très légères. On peut ajouter qu'elles sont, en outre, essentiellement transitoires et très variables.

Des abcès gazeux sous-diaphragmatiques par perforation des ulcérés de l'estomac. — M. Debove en son nom et au nom de M. Rémond (de Metz), communique l'observation d'une malade atteinte d'un abcès gazeux sous-diaphragmatique résultant de la perforation d'un ulcère de l'estomac.

La malade, âgée de 33 ans, entra à l'hôpital le 15 août dernier avec un état général mauvais. Six semaines plus tôt elle avait eu une hématémèse accompagnée de douleurs très vives au niveau de l'appendice xyphoïde et de la onzième vertèbre dorsale. On crut d'abord à une distension gazeuse de l'estomac, mais le lavage de l'estomac n'ayant donné absolument aucun résultat, on examina avec plus de soins la région et on perçut, à la limite inférieure de la tuméfaction gazeuse épigastrique, une sorte de bourrelet qui se prolongeait sur la face antérieure du foie. Une ponction exploratrice à ce niveau donna issue à des gaz très fétides et à une goutte de pus. On ponctionna alors avec l'aspirateur et on retira 500 grammes de pus mélangé de gaz, puis on incisa dans une étendue de 6 centimètres, et cette incision donna issue encore à un litre de pus. Le doigt introduit dans la plaie fit constater que la collection purulente s'étendait un peu en avant du lobe gauche du foie, mais surtout en arrière de cet organe. On plaça un drain qui pénétra à 28 centimètres de profondeur. Lavages boriqués réguliers. La malade sortit complètement guérie le 18 octobre.

C'est le seul cas connu qui se soit terminé par la guérison, et cela grâce à une intervention chirurgicale rapide.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. Jonesco, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est délégué, du 1er novembre 1890 au 30 septembre 1891, dans les fonctions de prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Lejars appelé à d'autres fonctions.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 27 octobre 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Prost-Maréchal, en remplacement de M. Bartholon, démissionnaire, désigné pour le 75e d'infanterie; et Amiet, en remplacement de M. Rhein, mis en non-activité pour infirmités temporaires, maintenu au 37e d'artillerie.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le comité s'est réuni lundi sous la présidence de M. Brouardel.

Après la lecture du procès-verbal, M. le président communique une lettre de M. le Ministre de l'intérieur, relative au projet de taxe sur les eaux minérales. Cette lettre se termine par le paragraphe suivant :

« J'ai lieu de penser que la solution adoptée donnera satisfaction au comité qui, en se montrant hostile à un impôt sur les eaux minérales, ne s'est nullement refusé à rechercher une combinaison de nature à assurer la sincérité du puisement desdites eaux. »

M. Henri Monod donne lecture d'une lettre du préfet de police écrite à la suite d'un rapport qui lui a été adressé par M. le docteur Moutier. Ces documents montrent avec quelle précision fonctionne le service de surveillance des voyageurs d'Espagne descendus dans les hôtels à Paris, sur-

veillance que ces voyageurs acceptent, du reste, sans réclamation. Il signale notamment le cas de M. de G..., qui est descendu au Grand-Hôtel, et qui s'est trouvé atteint de gastro-entérite. A cause de la provenance du voyageur et du doute existant au début de la maladie, les précautions les plus minutieuses ont été prises. M. le docteur Montier termine son rapport en disant : « Je dois faire remarquer que l'administration de l'hôtel a exécuté les mesures de désinfection de très bonne grâce et que, même en ce qui concerne la chambre, elle a fait des travaux que je n'avais pas cru nécessaire de demander. »

M. le directeur fait connaître quel a été, au cours de la dernière semaine, le nombre d'entrées et de décès par maladies transmissibles dans les hôpitaux de Paris et dans ceux de Lyon.

M. Peyron, directeur de l'assistance publique de Paris, donne quelques détails sur les cas de diphtérie qui sont survenus à la maison de convalescence de la Roche-Guyon et qui ont causé cinq décès.

M. le professeur Proust fait les communications suivantes sur l'état sanitaire à l'étranger :

Choléra de la Mésopotamie. — Du côté de la Mésopotamie, le choléra a cessé depuis plus d'un mois. Mais il n'en est pas de même dans le vilayet d'Alep où il augmente en extension et en intensité. Il est probable que l'épidémie se trouve actuellement disséminée sur une large zone, au sud et au nord de l'Euphrate moyen.

Nous avons déjà signalé l'existence du choléra à Hama ville de 40,000 habitants, située sur le haut Oronte, à peu près à mi-distance entre Alep et Tripoli, et qui est fréquentée par les Bédouins Anezes du désert syrien.

C'est, comme nous l'avons dit dans la dernière séance, un pas de l'épidémie vers Damas, Tripoli, Beyrouth, le littoral et le Liban.

C'est à Hama que débuta, en 1875, cette épidémie cholérique qui ravagea presque toute la Syrie, lui enlevant près de 15,000 habitants.

M. Proust fait connaître au comité les mesures de prophylaxie qui sont prises à la Nouvelle-Orléans, en vue de prévenir la propagation des maladies contagieuses ; il signale les procédés de désinfection adoptés par les autorités sanitaires à l'arrivée de navires venant de pays contaminés.

A Pernambouc (Brésil), l'épidémie de variole diminue. La personne qui renseigne à cet égard l'administration, apprend que, pendant ses visites à l'hôpital, elle a été toute surprise de voir les médecins se faire précéder et suivre par des hommes portant des réchauds sur lesquels on faisait brûler des désinfectants. La religieuse qui accompagnait le correspondant du conseil d'hygiène lui ayant demandé s'il voulait prendre les mêmes précautions, il a refusé, disant qu'un semblable appareil n'était fait que pour effrayer le malade et qu'il n'avait jamais vu les médecins s'entourer d un tel nuage de fumée au moment de leur visite.

Sur le rapport de MM. Ogier et Thoinot, le comité donne un avis favorable à des projets d'amenée d'eau dans les communes de Joinville (Haute-Marne) et de Clapier (Aveyron).

M. le professeur Proust, au nom de la deuxième commission, lit un rapport dont la conclusion est de rendre obligatoire la vaccination et la revaccination. Le point de départ de ce rapport est, comme pour le rapport de M. Brouardel sur la fièvre typhoïde, une lettre de M. le président du conseil, ministre de la guerre, qui signale des épidémies de variole sévissant d'une façon permanente en Bretagne.

M. le Dr Proust lit un rapport de M. Fée, directeur du service de santé du 11e corps d'armée, rapport où l'on trouve des renseignements intéressants sur l'épidémie variolique en Bretagne :

— Toutes les fois que l'invasion de l'épidémie variolique vous est annoncée dans une localité, dit M. Fée, vous ordonnez d'abord qu'aucun militaire n'y sera plus envoyé en permission, puis que tous ceux qui s'y trouveraient en congé ou en permission seront maintenus dans ces situations. Ces mesures préservatrices, d'une nécessité impérieuse, sont, cela va sans dire, maintenues tant que subsisteront tous les motifs d'inquiétude qui les avaient motivées.....

C'est sur les départements bretons proprement dits, le Finistère et surtout le Morbihan, que l'attention doit se porter. Pour le premier de ces départements, il n'y a pas eu moins de vingt épidémies pendant ces dernières années ; elles ont entraîné pour vingt communes l'état de quarantaine militaire pendant 2,294 jours, soit pendant 115 jours par commune. Dans le Morbihan, où la variole sévit d'une façon absolument permanente, l'état épidémique a été déclaré dans quarante-quatre communes ; il a duré 5,018 jours, 114 jours en moyenne par commune.

Il y a trop longtemps qu'en Bretagne non seulement les vaccinations des adultes sont inconnues, mais la vaccination des enfants en bas âge est négligée ; la mortalité énorme qu'ont entraînée plusieurs épidémies récentes ne permet pas de doute à cet égard. Je ne citerai dans cet ordre d'idées que l'épidémie de 1888-89, à Douarnenez ; elle donnait sur une population de quatre mille âmes :

1	décès	variolique	en octobre	1887
13	—	—	novembre	1887
21	—	—	décembre	1887
37	—	—	janvier	1888
82	—	—	février	1888
132	—	—	mars	1888

M. le Dr du Mesnil rappelle qu'en 1888 la variole a sév dans 61 communes du Morbihan, où elle a atteint 2,844 per-i sonnes, dont 990 ont succombé ; qu'en 1889, dans le même département, le nombre des communes visitées par la variole a été de 69, celui des malades de 3,496, celui des morts de 1,173.

M. le Dr Bourneville demande que les étudiants en médecine soient obligés de se faire revacciner.

M. Chauveau croit que l'intervention active des préfets et des sous-préfets pourrait être très efficace, pour faire entrer la vaccination dans les mœurs.

Sur la proposition de M. Brouardel, président, le comité à l'unanimité, émet le vœu que la loi rende au plus tôt obligatoire la vaccination et la revaccination, et qu'en attendant l'administration, dans tous les domaines, et spécialement dans les écoles, s'emploie activement à les propager et, dans la mesure du possible, à les imposer.

Conseil général des facultés et écoles de pharmacie de Paris. — Lors de la première séance mensuelle de ce conseil, qui a eu lieu lundi matin à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard, plusieurs doyens se sont plaints de l'insuffisance des sommes mises à leur disposition. Surtout M. le doyen de la Faculté de médecine a fait entendre des doléances très vives sur la situation lamentable où se

trouve cette grande école dans les nouveaux bâtiments qu'on lui a construits et dont le chauffage et l'éclairage seuls absorbent presque toutes les ressources et paraissent tout à la fois ruineux et impossibles.

Il suffira, pour donner une idée de cette situation, de noter que, tandis qu'il est alloué 13,000 fr. pour cet objet à la Faculté de médecine, chiffre qui lui suffisait à peine dans son ancien logement, elle en dépense aujourd'hui plus de 53,000, soit un déficit de 40,000 fr. que l'on comble avec des fonds pris sur l'argent des collections et autres services.

Cet état ira en empirant, car M. le doyen prévoit, de concert avec l'architecte, que, lorsque tous les services seront en train, seules les dépenses de chauffage et d'éclairage monteront à plus de 90,000 francs.

Il est difficile d'apercevoir des remèdes pratiques à une situation où il n'est plus permis de rester et d'où il paraît impossible de sortir.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Par décret, en date du 23 octobre 1890, M. le professeur Bouchard est nommé membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique et de la section permanente de ce Conseil, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

Projet de loi sur l'hygiène publique. — En réclamant l'intervention de la loi en matière d'hygiène publique, M. Brouardel, dans son dernier rapport sur la fièvre typhoïde à Caen, disait qu'une loi, donnant aux autorités sanitaires les pouvoirs nécessaires à l'accomplissement de leur mission, était préparée au ministère de l'intérieur. Cette loi est, en effet, en préparation. Le comité d'hygiène en a été saisi par M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, et, après discussion, a arrêté un projet dont voici les dispositions essentielles :

En cas d'épidémie, les dispositions de la loi de 1807, appliquées jusqu'ici seulement au choléra, seraient étendues aux autres maladies contagieuses. Un décret du président de la République prescrirait les mesures jugées nécessaires pour combattre l'épidémie et leur exécution serait ordonnée par le gouvernement. Les dépenses que nécessiteraient les travaux de salubrité seraient supportées par les communes intéressées. L'administration aurait égard, lors de la rédaction du rôle de la contribution spéciale destinée à faire face aux dépenses de ce genre de travail, aux avantages immédiats qu'acquerraient telles ou telles propriétés privées pour les faire contribuer à la décharge de la commune dans des proportions variées et justifiées par les circonstances.

S'il s'agissait d'une maladie à l'état endémique, la commune où elle sévit serait invitée à exécuter les mesures d'assainissement prescrites par le conseil d'hygiène. Si, après un délai de trois mois, le conseil municipal n'a pris aucune délibération à cet égard, il serait procédé d'office aux travaux nécessaires. Les dépenses faites incomberaient aux communes.

Le projet de loi ordonne à toute commune d'avoir de l'eau potable. Le comité d'hygiène estime que cette prescription peut être partout observée maintenant, puisque, dans les communes qui ne peuvent être approvisionnées d'eau de source, il sera toujours possible d'installer des filtres et de livrer à la consommation une eau débarrassée des matières impures.

En ce qui concerne les habitations particulières, des travaux d'assainissement seront exécutés, aux frais du propriétaire partout où cela aurait été reconnu nécessaire.

Le projet de loi, afin d'éviter le retour des faits que relevait M. Brouardel, à propos de la ville de Caen, oblige les médecins à faire connaître les causes de décès et à signaler les cas de maladies épidémiques dès qu'ils sont portés à leur connaissance. On se rappelle que les médecins de Caen, se retranchant derrière le secret professionnel, avaient caché les causes d'un très grand nombre de décès s'étant produits parmi leurs malades.

Enfin, la vaccination et la revaccination seraient rendues obligatoires.

Conseils généraux. — Le Dr Amodru a été élu dimanche dernier, avec une belle majorité, conseiller général du canton de la Ferté-Alais (Seine-et-Oise).

Élèves du service de santé. — Le ministre de la marine a décidé que les élèves du service de santé des ports de Brest, Rochefort et Toulon, ralliant l'Ecole principale à Bordeaux, à la suite de vacances scolaires, n'ont droit à aucune indemnité de route.

Il en est de même en ce qui touche les élèves du service de santé se rendant auprès des Facultés de médecine pour y subir les examens de doctorat.

Toutefois, les uns comme les autres ont droit à la réduction des tarifs sur les voies ferrées, à la condition qu'ils aient souscrit l'engagement militaire.

La laïcisation des hôpitaux. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance de vendredi 24 octobre, a recommencé, sur la demande de M. Georges Berry, une discussion qu'il ne nous paraît pas utile de résumer. Cette discussion s'est terminée par le vote de la proposition suivante, formulée par M. le Dr Navarre :

« M. le directeur de l'Assistance publique est invité à faire diligence auprès de l'administration supérieure pour obtenir une prompte solution du conflit soulevé par la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis et à poursuivre la laïcisation de tous les services de son administration. »

Cette proposition a été votée par 50 voix contre 11.

Pendant la discussion, M. le directeur de l'Assistance publique avait fait entendre les paroles suivantes :

« On a dit aussi que la laïcisation devait avoir un contre-coup indirect sur nos finances. On a dit qu'elle devait inévitablement tarir les élans de la charité publique. Eh bien il suffit de répondre par des chiffres.

Pendant les dix années qui ont précédé la laïcisation, l'Assistance publique a reçu en dons et legs 18 millions.

Pendant les dix années de laïcisation, elle a reçu 42 millions. »

Assurance mutuelle contre la maladie. — Dans une conférence tenue à Bordeaux, le 12 octobre 1890, sur l'invitation du Conseil administratif de l'Association des Médecins de la Gironde, et à laquelle ont pris part les présidents ou délégués des Sociétés locales du Sud-Ouest, au nombre de dix, ont été arrêtées et adoptés, à l'unanimité, les bases suivantes du projet d'un règlement du service de l'indemnité en cas de maladie :

Il est créé, au sein de l'association générale de prévoyance et de Secours mutuels des Médecins de France, une œuvre d'assurance mutuelle contre les risques de la maladie :

Tout membre d'une Société locale qui demandera à s'assurer une indemnité pour *la durée de maladies le mettant dans l'impossibilité d'exercer sa profession*, aura un compte

spécial ouvert sur les registres du Trésorier, en conformité des conditions suivantes :

1° Au moment où il demande son inscription pour cette assurance mutuelle, le Sociétaire doit être âgé de cinquante-cinq ans au plus, et fournir un certificat constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité pouvant entraîner l'incapacité de travail professionnel.

Ce certificat, délivré par un médecin faisant partie de l'Association et contresigné par le Délégué du Conseil administratif, sera soumis à l'appréciation de ce Conseil qui prononcera ou non l'admission.

Toutefois, et par mesure transitoire, les Membres de l'Association âgés actuellement de plus de cinquante-cinq ans seront admis, dans le courant de la première année seulement, à faire partie de l'œuvre, mais à des conditions qui seront déterminées ultérieurement.

2° Le Sociétaire admis doit payer directement entre les mains du Trésorier une somme annuelle de 60 francs, cotisation à l'Association comprise. Cette somme sera soldée par semestre et d'avance, avant le 1er janvier et le 1er juillet de chaque année, faute de quoi le droit à l'indemnité serait suspendu et ne pourrait être repris que trois mois après le paiement intégral de l'arriéré et du semestre suivant.

3° Le Sociétaire admis peut porter à 120 francs sa cotisation annuelle pour s'assurer une indemnité double en cas de maladie.

De son côté, la Société s'engage :

1° A consacrer exclusivement au service de l'indemnité en cas de maladie toutes les sommes provenant de ces cotisations spéciales et toutes celles qui proviendraient de dons ou legs avec affectation à cette œuvre.

Chaque année, en fin d'exercice, le Trésorier verse à la Caisse centrale de l'Assurance en cas de maladie, dont le siège est à Paris, les excédents provenant de ces recettes et, s'il est en insuffisance de ressources, le Trésorier fait appel à ladite Caisse.

2° A allouer une idemnité de 5 francs par jour pour toute maladie dûment constatée, entraînant une incapacité de travail professionnel ayant duré plus de cinq jours et moins de six mois : les cinq premiers jours ne devant d'ailleurs pas entrer en ligne de compte.

3° A allouer, après le sixième mois, pendant toute la durée de la maladie et tant que les ressources de l'œuvre d'indemnité-maladie le permettront, une indemnité de 2 fr. 50 c. par jour.

4° Les indemnités seront doublées pour les associés-assurés payant la cotisation de 120 francs.

5° Le droit à l'indemnité n'est acquis qu'après l'expiration du premier semestre de cotisation spéciale et après le versement du second.

6° Dès qu'un associé-assuré est malade, il doit aviser le Président et le Délégué du Conseil d'administration. Celui-ci s'assure de l'incapacité de travail professionnel, il en constate la durée et délivre les certificats nécessaires pour le règlement de l'indemnité.

7° Ce règlement des indemnités est ordonnancé par le Président, en Conseil d'administration, au moins une fois tous les deux mois.

8° Tant qu'ils résideront hors du territoire français, les associés assurés ne pourront pas jouir du droit à l'indemnité.

D'après le *Journal de médecine de Bordeaux*, ce projet aurait été bien accueilli à Paris par le Conseil de l'association générale, séance du 17 octobre dernier, et il serait transmis avec annotations à toutes les sociétés locales de France, pour étude et complément d'information.

Hôpitaux de Paris. — Dans la séance de mercredi 29 octobre du Conseil municipal de Paris, M. Strauss a fait un rapport favorable sur un projet, soumis par le directeur de l'Assistance publique, de création d'une salle d'opération destinée au service de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

—Par suite du décès de M. Moreau-Marmont, le mouvement suivant vient d'avoir lieu dans le service des dentistes des hôpitaux de Paris :

M. le docteur Th. David passe de la Pitié à la Charité ;

M. le docteur Brochard Bigaud est nommé dentiste des hôpitaux et prend le service de la Pitié.

Les dentistes et la cocaïne. — Le tribunal vient de statuer sur le cas du dentiste Bouchart, qu'on rendait responsable du décès de Mlle Delcambre, morte aussitôt après l'extraction d'une dent, et alors qu'elle avait subi plusieurs injections de cocaïne ayant pour but de « l'insensibiliser ».

Le tribunal a acquitté le dentiste de la prévention d'homicide par imprudence.

Le jugement constate, en effet, que la jeune fille a succombé pendant une syncope, qu'il n'est pas prouvé que l'emploi de la cocaïne à dose minime ait déterminé la mort, mais que celle-ci est très vraisemblablement survenue à la suite, soit de l'ébranlement causé par l'extraction, soit à cause du tempérament nerveux ou anémique de la jeune fille...

Mais M. Bouchart a été condamné à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine, « attendu qu'en pratiquant, le 8 août dernier, des injections de cocaïne sur la personne de Jeanne Delcambre, sans être muni d'un diplôme, il a contrevenu à la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine, qu'en effet la cocaïne est un anesthésique dont l'emploi exige beaucoup de prudence et ne peut être pratiqué que par les médecins ».

Faculté de médecine de Paris. — COURS DE MÉDECINE LÉGALE PRATIQUE ET CONFÉRENCES PRATIQUES APPLIQUÉES A LA TOXICOLOGIE. Le cours de *médecine légale pratique* commencera à la Morgue le mercredi 5 novembre 1890, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel.

Les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de *physiologie*, d'*anatomie pathologique* et de *chimie appliquées* à la *toxicologie* seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité. 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 8 novembre 1890, les mardis, jeudis et samedis :

Les jeudis, à 4 heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale.

Les mardis, à 3 heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les samedis, à 3 heures : M. Ogier docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de *médecine légale pratique* et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3e examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs Boissard, ancien chef de clinique d'accouchements, et Lepage, commenceront le lundi 10 novembre un cours complet d'accouchements.

Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours à 5 heures dans la salle des conférences de l'association générale des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Le cours comprendra 36 leçons.

Enseignement médical libre. — Le docteur Baratoux reprendra ses conférences sur les maladies des oreilles, du nez et du larynx, le mardi 11 novembre, à trois heures et demie, à sa clinique, 33, rue Saint André-des-Arts, et les continuera tous les samedis et mardis à la même heure.

Enseignement libre. — Le docteur Bérillon commencera un cours particulier sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies mentales et nerveuses, le samedi 8 novembre à dix heures et demie du matin. On s'inscrit à la clinique, 55, rue Saint-André-des-Arts, les mardi, jeudi, samedi, de 10 heures à midi.

Poste médical à prendre aux Herbiers (Vendée). S'adresser pour les renseignements au Dr Chevallereau, de 4 à 6 heures, mardi excepté.

Nécrologie. — Le Dr Nicolas Duranty, médecin des hôpitaux et professeur à l'école de médecine de Marseille, décédé subitement au lit d'un malade, à l'âge de 54 ans. — Le Dr Lassègue, médecin-directeur de l'hospice maritime du cap Breton. — M. Godineau, pharmacien à Paris. — Le Dr Mangin (Auguste-Paul), ancien interne des hôpitaux de Paris (1855), adjoint au maire de Douai, décédé samedi 25 octobre. — Le Dr Calmettes (René), médecin adjoint de l'Institut national des sourds-muets, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 26 octobre, à l'âge de 39 ans.

Mariages. — Mardi dernier, mariage de notre confrère, le Dr Perrachon.

Le même jour, le Dr Gallet-Lagoguey mariait sa fille avec un pharmacien, M. J.-B Goursat.

Mariage tout médical entre M. le Dr L. Demoulin, prosecteur des hôpitaux de Paris, et Mlle Demoulin de Riols, fille du Dr Demoulins de Riols, conseiller général des Landes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Guide pratique de la chèvre nourrice, au point de vue de l'allaitement des nouveau-nés et de la syphilis constitutionnelle, par M. A. Boudard.

Société d'éditions scientifiques, 2, rue Antoine-Dubois.

L'amour morbide, étude de psychologie pathologique, par le Dr Emile Laurent, 1891.

Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Etude clinique sur la maladie de Thomsen, par Francisque Déléage, docteur de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux, Médaille de bronze de l'Assistance publique. — Une brochure in-8° de 158 pages avec 11 figures dans le texte. Prix 3 fr. 50.

Chatel-Guyon ; *indications et contre-indications*, par le docteur Albert Deschamps. — Une brochure in-12 de 32 pages. Prix : 1 franc.

Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx, par le docteur Paul Raugé, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'Ecole de médecine de Lyon, ex-prosecteur de l'Ecole de médecine, médecin consultant à Challes. — Une brochure in-8° de 70 pages. Prix : 2 fr. 50.

La dengue et la grippe ; *études des épidémies de* 1889 *à Smyrne*, par W. Chasseaud, médecin de l'hôpital Saint-Antoine à Smyrne, membre de la Société médicale de Londres. — In-8° de 70 pages. Prix : 2 francs.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie ; *deuxième session.* — Un volume grand in-8°, cartonné, de 500 pages. Prix : 12 francs.

Traité théorique et clinique de la fièvre jaune, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé, président du Conseil supérieur de santé de la marine, etc. — Un volume in 8° de 1,000 pages. Prix : 14 francs.

Un livre utile. — **Manuel de médecine antiseptique ; *applications de l'acide phénique et de ses composés***, par le docteur Déclat. — Un volume in-12 de 500 pages, 3 fr. cartonnné diamant, tranches rouges, 4 francs.

Bulletin de la mortalité *du* 19 *au* 25 *octobre* 1890 — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 0. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, Croup, 23. — Choléra 0. — Phtisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58.

Méningite, 21. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 52. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 69.

Bronchite aiguë et chronique, 46. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 51.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 69.

Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 27. — Suicides et autre morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 163. — Cause inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine, 914. — Résultat de la semaine précédente : 915.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.